

窓空宛名

発行日 年 月 日 (1)

被保険者記号・番号

通知書番号

〇〇市長

〇〇 〇〇

印

国民健康保険 給付費の返還について

あなた（あなたの家族）は、下記の事由により、国民健康保険による医療費は、当市では負担できませんので、返還していただきますよう通知いたします。

記

① 返還いただく保険給付の種類 と 期間
医療

年 月 保険給付分

② 返還いただく理由

資格異動 (適用終了日

適用終了事由

)

所得変更

その他 (

)

③ 返還いただく保険給付の明細

氏 名 医 療 機 関 等 名	診療月	種類	診 療 総 額 食事基準額	保険者負担額 食事保険者負担額	返 還 金 額 円
合 計					

④ 返還いただく額 及び 返還いただく期限

返還いただく額 円

※上記請求金額合計の内

円は既に納入いただいております。

返還いただく期限 年 月 日

返還いただきます金額につきましては、すでに〇〇市の国民健康保険より
医療機関、もしくはあなたへと支払いましたので、その分をお返しいただくものです。

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000

〇〇市〇〇町1丁目2番3号

国保課

電話 000-000-0000

帳票詳細要件 国民健康保険システム

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	10 不当利得・不正利得返還通知書 A4
----	----	---------------	-------------------------

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	文書番号を印字していない市区町村もあり、必ずしも文書番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
4	文書番号			●			
5	発行日	和暦表記	●			●	市区町村によっては被保険者記号を設定しない場合もあることから、空欄で出力することも可能とする。
6	被保険者記号・番号	被保険者記号は空欄で出力することも可能なこと	●			●	
7	世帯内ページ数			●		●	世帯内ページ数がなくとも事務処理を進めることが可能と考えることから、ページ数の印字は標準オプションとする。
8	通知書番号	(引抜用番号)	●			●	
9	役職名		●			●	
10	首長名		●			●	
11	公印		●			●	
12	通知文(上段)		●			●	
13	保険給付の種類			●		●	明細欄を確認することで判断が可能なものであり、必ずしも印字が必要でないことから、標準オプションとする。
14	診療年月(開始年月/終了年月)	和暦表記		●		●	明細欄を確認することで判断が可能なものであり、必ずしも印字が必要でないことから、標準オプションとする。
15	不当利得理由	打ち出し形式(例)資格異動 or 所得変更 or その他	●			●	
16	資格適用終了日	和暦表記	●			●	不当利得の理由を印字することで、資格異動の事由の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
17	資格異動事由名称			●		●	
18	明細	氏名	●			●	
19		診療年月	●			●	
20	医療機関名称		●			●	医療機関以外の出力も想定されることから、帳票サンプル内の項目見出しのみ「医療機関」から「医療機関等」とする。
21	種類		●			●	
22	診療総額		●			●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
23	食事基準額			●		●	
24	保険者負担額	※該当の明細において、不当利得として取り扱う保険者が実際に負担した額。	●			●	
25	食事保険者負担額	※該当の明細において、不当利得として取り扱う保険者が実際に負担した額。		●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
26	返還金額	※不当利得として取り扱う額(保険者負担額(通番23) + 食事保険者負担額(通番24))。	●			●	帳票レイアウト上の記載と統一するため、返還金額とする。
27	診療総額(合計)		●			●	
28	食事基準額(合計)			●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
29	保険者負担額(合計)		●			●	

表紙	給付	10 不当利得・不正利得返還通知書
		A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
30	食事保険者負担額(合計)			●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内部の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
31	返還金額(合計)		●			●	帳票レイアウト上の記載と統一するため、返還金額とする。
32	返納額	納付済み額を控除した額	●			●	
33	納付済み額	※納付済み額が0円である場合、既支給額に関する記載がされないこと。	●			●	
34	納期限	和暦表記	●			●	
35	通知文(下段)		●			●	
36	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
37	問い合わせ先 住所		●			●	
38	問い合わせ先 課名		●			●	
39	問い合わせ先 電話番号		●			●	
40	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

発行日 年 月 日 (1)

被保険者記号・番号

通知書番号

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

国民健康保険の医療費返還金督促状

あなた（あなたの家族）は、下記の事由により、国民健康保険による医療費は、当市では負担できませんので、返還していただきますよう通知いたします。

記

① 返還していただく保険給付の種類 と 期間
医療

年 月 保険給付分

② 返還していただく理由

資格異動 (適用終了日 適用終了事由)

所得変更

その他 ()

③ 返還していただく保険給付の明細

氏 名 医 療 機 関 等 名	診療月	種類	診 療 総 額 食事基準額	保険者負担額 食事保険者負担額	返 還 金 額 円
合 計					

④ 返還していただく額 及び 返還していただく期限

返還していただく額 円 ※上記請求金額合計の内 円は既に納入いただいております。

返還していただく期限 年 月 日

返還していただきます金額につきましては、すでに〇〇市の国民健康保険より
あなた、もしくは医療機関へと支払いましたので、その分をお返しいただくものです。

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000

帳票詳細要件 国民健康保険システム

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	11 不当利得・不正利得督促通知書 A4
----	----	---------------	-------------------------

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	文書番号			●			文書番号を印字していない市区町村もあり、必ずしも文書番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
5	発行日	和暦表記	●			●	
6	被保険者記号・番号	被保険者記号は空欄で出力することも可能なこと	●			●	市区町村によっては被保険者記号を設定しない場合もあることから、空欄で出力することも可能とする。
7	世帯内ページ数			●			世帯内ページ数がなくとも事務処理を進めることが可能と考えることから、ページ数の印字は標準オプションとする。
8	通知書番号	(引抜用番号)	●			●	
9	役職名		●			●	
10	首長名		●			●	
11	公印		●			●	
12	通知文(上段)		●			●	
13	保険給付の種類		●			●	
14	診療年月(開始年月/終了年月)	和暦表記	●			●	
15	不当利得理由	打ち出し形式(例) 資格異動 or 所得変更 or その他	●			●	
16	資格適用終了日	和暦表記	●			●	不当利得の理由を印字することとで、資格異動の事由の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
17	資格異動事由名称			●		●	
18	明細 氏名			●		●	明細の情報の印字は、返還通知において通知しており、督促及び催告を通知する際、必ずしも印字する必要がないことから、標準オプションとする。
19	診療年月	和暦表記		●		●	医療機関以外の出力も想定されることから、帳票サンプル内の項目見出しのみ「医療機関」から「医療機関等」とする。
20	医療機関名称			●		●	
21	種類			●		●	
22	診療総額			●		●	
23	食事基準額			●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
24	保険者負担額	※該当の明細において、不当利得として取り扱う保険者が実際に負担した額。		●		●	
25	食事保険者負担額	※該当の明細において、不当利得として取り扱う保険者が実際に負担した額。		●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
26	返還金額	※不当利得として取り扱う額(保険者負担額(通番23) + 食事保険者負担額(通番24))。		●		●	帳票レイアウト上の記載と統一するため、返還金額とする。
27	診療総額(合計)			●		●	明細の情報の印字は、返還通知において通知しており、督促及び催告を通知する際、必ずしも印字する必要があることから、標準オプションとしており、診療総額の印字についても同様であると考ええることから、標準オプションとする。

表紙	給付	帳票名称	11 不当利得・不正利得督促通知書
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
28	食事基準額 (合計)			●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
29	保険者負担額 (合計)		●			●	
30	食事保険者負担額 (合計)			●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
31	返還金額 (合計)		●			●	帳票レイアウト上の記載と統一するため、返還金額とする。
32	返納額	納付済み額を控除した額	●			●	
33	納付済み額	※納付済み額が0円である場合、既支給額に関する記載がされないこと。	●			●	
34	納期限	和暦表記	●			●	
35	通知文 (下段)	不服申し立てを通知文として設定可能とし、設定した通知文を出力。	●			●	返納金督促状は処分行為にあたるため、不服申し立ての文面が必須であることから、通知文に不服申し立ての内容を設定可能とし、設定した内容を印字することを実装必須とする。
36	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
37	問い合わせ先 住所		●			●	
38	問い合わせ先 課名		●			●	
39	問い合わせ先 電話番号		●			●	
40	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

発行日 年 月 日 (1)
被保険者記号・番号
通知書番号

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

国民健康保険の医療費返還金催告状

あなた（あなたの家族）は、下記の事由により、国民健康保険による医療費は、当市では負担できませんので、返還していただきますよう通知いたします。

記

① 返還していただく保険給付の種類 と 期間
医療

年 月 保険給付分

② 返還していただく理由

資格異動 (適用終了日 適用終了事由)

所得変更

その他 ()

③ 返還していただく保険給付の明細

氏 名 医 療 機 関 等 名	診療月	種類	診 療 総 額 食事基準額	保険者負担額 食事保険者負担額	返 還 金 額 円
合 計					

④ 返還していただく額 及び 返還していただく期限

返還していただく額 円 ※上記請求金額合計の内 円は既に納入いただいております。

返還していただく期限 年 月 日

返還していただきます金額につきましては、すでに〇〇市の国民健康保険より
あなた、もしくは医療機関へと支払いましたので、その分をお返しいただくものです。

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	12 不当利得・不正利得催告通知書	A4
----	----	---------------	-------------------	----

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	文書番号を印字していない市区町村もあり、必ずしも文書番号を印字する必要がないことから標準オプションとする。
4	文書番号			●			
5	発行日	和暦表記	●			●	市区町村によっては被保険者記号を設定しない場合もあることから、空欄で出力することも可能とする。
6	被保険者記号・番号	被保険者記号は空欄で出力することも可能なこと	●			●	
7	世帯内ページ数			●			世帯内ページ数がなくとも事務処理を進めることが可能と考えることから、ページ数の印字は標準オプションとする。
8	通知書番号	(引抜用番号)	●			●	
9	役職名		●			●	
10	首長名		●			●	
11	公印		●			●	
12	通知文(上段)		●			●	
13	保険給付の種類		●			●	
14	診療年月(開始年月/終了年月)	和暦表記	●			●	
15	不当利得理由	打ち出し形式(例) 資格異動 or 所得変更 or その他	●			●	
16	資格適用終了日	和暦表記	●			●	不当利得の理由を印字することで、資格異動の事由の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
17	資格異動事由名称			●		●	
18	明細 氏名			●		●	明細の情報の印字は、返還通知において通知しており、督促及び催告を通知する際、必ずしも印字する必要がないことから、標準オプションとする。
19	診療年月 診療機関名称	和暦表記		●		●	医療機関以外の出力も規定されることから、帳票サンプル内の項目見出しのみ「医療機関」から「医療機関等」とする。
20	種類 診療総額			●		●	
21	食事基準額			●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
22	保険者負担額	※該当の明細において、不当利得として取り扱う保険者が実際に負担した額。		●		●	
23	食事保険者負担額	※該当の明細において、不当利得として取り扱う保険者が実際に負担した額。		●		●	
24	返還金額	※不当利得として取り扱う額(保険者負担額(通番23) + 食事保険者負担額(通番24))。		●		●	
25	診療総額(合計)			●		●	明細の情報の印字は、返還通知において通知しており、督促及び催告を通知する際、必ずしも印字する必要がないことから、標準オプションとしており、診療総額の印字についても同様であると考ええることから、標準オプションとする。

表紙	給付	帳票名称	12 不当利得・不正利得催告通知書
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
28	食事基準額 (合計)			●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
29	保険者負担額 (合計)		●			●	
30	食事保険者負担額 (合計)			●		●	診療総額を印字しており、食事基準額の内訳の印字は必ずしも必要でないことから、標準オプションとする。
31	返還金額 (合計)		●			●	帳票レイアウト上の記載と統一するため、返還金額とする。
32	返納額	納付済み額を控除した額	●			●	
33	納付済み額	※納付済み額が0円である場合、既支給額に関する記載がされないこと。	●			●	
34	納期限	和暦表記	●			●	
35	通知文 (下段)	不服申し立てを通知文として設定可能とし、設定した通知文を出力。	●			●	返納金催告書は処分行為にあたるため、不服申し立ての文面が必須であることから、通知文に不服申し立ての内容を設定可能とし、設定した内容を印字することを実装必須とする。
36	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
37	問い合わせ先 住所		●			●	
38	問い合わせ先 課名		●			●	
39	問い合わせ先 電話番号		●			●	
40	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

〇〇市国民健康保険 高額介護合算療養費 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日			
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	
被保険者記号		被保険者番号	
対象となる計算期間	～		
計算期間において被保険者であった期間	～		
診療年月	自己負担額	うち70歳～74歳の者に係る自己負担額	摘要
年 8月分			
9月分			
10月分			
11月分			
12月分			
年 1月分			
2月分			
3月分			
4月分			
5月分			
6月分			
7月分			
合計			
年 月 日 000-0000 (所在地) 〇〇市1丁目2番3号 〇〇市長 〇〇 〇〇			

印

【保険者連絡用】

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000

(計算結果送付先)

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	保険者名称漢字	当該帳票を発行する保険者名	●				
5	被保険者氏名カナ		●			●	
6	被保険者氏名		●			●	
7	生年月日		●			●	
8	自己負担額証明書整理番号	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 (引抜用番号)	●			●	
9	証明対象年度	和暦表記	●			●	
10	被保険者記号	空欄で出力することも可能なこと	●			●	市区町村によっては被保険者記号を設定しない場合 もあることから、空欄で出力することも可能とす る。
11	被保険者番号		●			●	
12	対象計算開始年月日	和暦表記	●			●	
13	対象計算終了年月日	和暦表記	●			●	
14	被保険者開始年月日	和暦表記	●			●	
15	被保険者終了年月日	和暦表記	●			●	
16	対象年度分診療年	和暦表記	●			●	
17	対象年度08月_自己負担額		●			●	
18	対象年度08月_70歳以上自己負担額		●			●	
19	対象年度08月_摘要		●			●	
20	対象年度09月_自己負担額		●			●	
21	対象年度09月_70歳以上自己負担額		●			●	
22	対象年度09月_摘要		●			●	
23	対象年度10月_自己負担額		●			●	
24	対象年度10月_70歳以上自己負担額		●			●	
25	対象年度10月_摘要		●			●	
26	対象年度11月_自己負担額		●			●	
27	対象年度11月_70歳以上自己負担額		●			●	
28	対象年度11月_摘要		●			●	
29	対象年度12月_自己負担額		●			●	
30	対象年度12月_70歳以上自己負担額		●			●	
31	対象年度12月_摘要		●			●	
32	対象年度翌年診療年	和暦表記	●			●	
33	対象年度翌年01月_自己負担額		●			●	
34	対象年度翌年01月_70歳以上自己負担額		●			●	
35	対象年度翌年01月_摘要		●			●	
36	対象年度翌年02月_自己負担額		●			●	
37	対象年度翌年02月_70歳以上自己負担額		●			●	
38	対象年度翌年02月_摘要		●			●	
39	対象年度翌年03月_自己負担額		●			●	
40	対象年度翌年03月_70歳以上自己負担額		●			●	
41	対象年度翌年03月_摘要		●			●	
42	対象年度翌年04月_自己負担額		●			●	
43	対象年度翌年04月_70歳以上自己負担額		●			●	
44	対象年度翌年04月_摘要		●			●	
45	対象年度翌年05月_自己負担額		●			●	
46	対象年度翌年05月_70歳以上自己負担額		●			●	
47	対象年度翌年05月_摘要		●			●	
48	対象年度翌年06月_自己負担額		●			●	
49	対象年度翌年06月_70歳以上自己負担額		●			●	
50	対象年度翌年06月_摘要		●			●	
51	対象年度翌年07月_自己負担額		●			●	
52	対象年度翌年07月_70歳以上自己負担額		●			●	
53	対象年度翌年07月_摘要		●			●	
54	自己負担額合計	対象年度08月_自己負担額～対象年度翌年07月_自己負担額の合計	●			●	
55	70歳以上自己負担額合計	対象年度08月_自己負担額～対象年度翌年07月_自己負担額の合計	●			●	
56	証明書発行者	発行日	●			●	
57		郵便番号	●			●	
58		住所	●			●	

表紙	給付	13 国民健康保険自己負担額証明書
	帳票名称 用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
59	役職名		●			●	「18 国民健康保険高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書」の様式と統一させることを目的に、役職名、首長名、公印を証明書発行欄に表示することとし、首長名と同じ内容となる証明書発行者名については、削除する。
60	首長名		●			●	「18 国民健康保険高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書」の様式と統一させることを目的に、役職名、首長名、公印を証明書発行欄に表示することとし、首長名と同じ内容となる証明書発行者名については、削除する。
61	公印		●			●	「18 国民健康保険高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書」の様式と統一させることを目的に、役職名、首長名、公印を証明書発行欄に表示することとし、首長名と同じ内容となる証明書発行者名については、削除する。
62	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
63	問い合わせ先 住所		●			●	
64	問い合わせ先 課名		●			●	
65	問い合わせ先 電話番号		●			●	
66	計算結果送付先 郵便番号		●			●	
67	計算結果送付先 住所		●			●	
68	計算結果送付先名称		●			●	
69	電話番号		●			●	
70	カスタマーバーコード			●		●	

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

省令第5条第112号関係
適合基準日：令和8年4月1日

申請対象年度		申請区分		1. 新規		2. 変更		3. 取下げ		(保険者等記入欄)				支給申請書整理番号			
フリガナ						個人番号				生年月日		年 月 日 生		計算期間の始期及び終期		年 月 ~ 年 月	
氏名																	
国民健康保険資格情報																	
保険者番号		被保険者記号		被保険者番号		続柄		保険者名称				加入期間					
						1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員						年 月 日から 年 月 日まで					
後期高齢者医療資格情報																	
保険者番号		被保険者番号		広域連合名称				加入期間									
								年 月 日から 年 月 日まで									
介護保険資格情報																	
保険者番号		被保険者番号		保険者名称				加入期間									
								年 月 日から 年 月 日まで									
☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 ☐ 振込口座を指定する。 ☐ 高額介護合算療養費の支給申請簡素化を希望します。 今後、高額介護合算療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。支給申請は不要となります。（ただし、世帯構成などに変更があった場合は、その限りではありません。）																	
1. 窓口払い 2. 口座振込		振込 口座 番号 記入 欄		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		金融機関コード		店舗コード		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座番号		フリガナ		振込先 口座管理 番号	
保険 者加 入歴		保険者名				加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号				備考欄			

〇〇市長		〇〇市 〇〇 年 月 日	
郵便番号			
住所			
申請者（世帯主）氏名		個人番号	
電話番号			
はい / いいえ			
① 上記対象者について、高額介護合算療養費の支給を申請します。 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。 高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 本申請をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。			

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。

世帯主氏名
(申請者)
代理人住所
代理人氏名

個人番号

備考

- 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

ご記入上の注意事項等

- 1. 高額介護合算療養費等支給申請について
 - (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費として支給されます。
 - (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。
 - (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
 - (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入暦欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。
 - なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入暦欄への記載は不要です。
 - (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載して下さい。
- 例) 口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
 - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
 - ・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
 - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
 - ・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を適用終了した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による適用終了者を除く）
 - ・被保険者資格を適用終了した年月日、被保険者資格を適用終了した事由
 - (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意下さい。
 - (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右上に全体の枚数と何枚目かを記載して下さい。
 - (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
 - (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。
- 2. 自己負担額証明書交付申請について
 - (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
 - (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。
- 3. 高額介護合算療養費の支給申請の簡素化について
 - (1) 国民健康保険における高額介護合算療養費において支給申請を簡素化する場合、世帯主（擬制世帯主）を含む支給対象者すべてが支給申請の簡素化を希望する必要があります。
 - (2) 国民健康保険の窓口申請の際の支給申請の簡素化の希望有無が、介護保険の支給事務においても適用されます。
 - (3) 自己負担額証明書交付申請を兼ねた申請を行う場合、支給申請の簡素化の申請をすることは出来ません。
 - (4) 計算期間中に死亡・生保適用・海外転出となった場合における計算期間中の申請および計算期間末日以降の申請である場合、支給申請の簡素化を希望することはできません。

保険者記入上の注意事項

- 1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
- 2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「G Y Y（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁（国保保険者の場合、先頭2桁を“0 0”とする）＋保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

帳票詳細要件 国民健康保険システム

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	14 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
		A4	

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	申請対象年度	和暦表記	●			●	
2	申請区分	打ち出し形式 (例) 新規 or 変更 or 取り下げ (引抜用番号)	●			●	
3	支給申請書整理番号		●			●	
4	被保険者氏名カナ		●			●	
5	被保険者氏名		●			●	
6	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
7	計算期間年月	和暦表記 ※年月日の表示とする場合、(例) 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日	●			●	
8	国保被保険者番号	当該帳票を発行する保険者の保険者番号	●			●	
9	国保被保険者記号	空欄で出力することも可能なこと	●			●	市区町村によっては被保険者記号を設定しない場合もあることから、空欄で出力することも可能とする。
10	国保被保険者番号		●			●	
11	経路		●			●	
12	保険者名称	当該帳票を発行する保険者名	●			●	
13	加入期間 (開始)	和暦表記	●			●	
14	加入期間 (終了)	和暦表記	●			●	
15	被保険者番号		●	●		●	
16	広域連合名称			●		●	窓口にて、被保険者より申請の内容をヒアリングし、その結果を基に支給申請書を出力する場合を除き、広域連合名称については、システムによる印字が困難であることから、広域連合名称の印字は標準オプションとする。
17	通知文 (継続支給に関する通知文)			●		●	高額介護合算療養費の支給申請の簡素化については、市区町村において別段の定めが必要であり、実施しない運用も想定されることから、標準オプションとする。
18	支給方法	※口座振り込みのみとする市区町村において、初期設定等により、非表示とできること。		●		●	高額療養費と同様に、口座振り込みに関する印字は標準オプションとする。
19	口座管理番号			●		●	窓口にて、被保険者より申請の内容をヒアリングし、その結果を基に振込先の情報については、システムによる印字が困難であることから、支給方法及び振込先の情報の印字は標準オプションとする。
20	振込口座記入欄			●		●	
21	金融機関コード			●		●	
22	店鋪名称			●		●	
23	店鋪コード			●		●	
24	口座種目			●		●	
25	口座番号			●		●	
26	フリガナ			●		●	
27	口座名義人			●		●	
28	振込先口座管理番号			●		●	
29	加入歴の保険者名			●		●	窓口にて、被保険者より申請の内容をヒアリングし、その結果を基に支給申請書を出す場合は除き、加入歴の情報については、システムによる印字が困難であることから、加入歴の情報の印字は標準オプションとする。
30							
31	加入歴の加入期間 (終了)	和暦表記		●		●	
32	加入歴の自己負担額証明書整理番号			●		●	
33	役職名		●			●	
34	証明者名		●			●	

表紙	給付	帳票名称	14 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
35	裏面の注意事項等（継続支給に関する通知文）			●		●	高額介護合算療養費の支給申請の簡素化については、市区町村において別段の定めが必要であり、実施しない運用も想定されることから、標準オプションとする。

発行日： 年 月 日 適合基準日：令和8年4月1日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
不支給決定日					
不支給理由					
内 訳					
申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、〇〇県の国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、〇〇市を被告（代表者は〇〇市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000

表紙	給付	帳票名称	15 不支給決定通知書
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	文書番号			●			文書番号を印字していない市区町村もあり、必ずしも文書番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
5	発行日	和暦表記	●			●	市区町村によっては被保険者記号を設定しない場合もあることから、空欄で出力することも可能とする。
6	被保険者記号・番号	被保険者記号は空欄で出力することも可能なこと	●			●	
7	医療機関番号	※医療機関に対する支給決定通知である場合、（例）医療機関番号		●		●	医療機関に対する通知である場合に医療機関番号を印字するが、医療機関番号を医療機関に通知する必要はなく、必ずしも医療機関番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
8	ページ番号	（引抜用番号）	●				
9	役職名		●			●	
10	首長名		●			●	
11	公印			●		●	不支給決定通知（お知らせ）においては、公印を印字しない運用も想定されることから、公印の印字は標準オプションとする。 印字が必要な団体においては実装必須とする。
12	通知文（上段）		●			●	
13	不支給額			●		●	不支給決定通知書は支給申請を受け付けた後、何らかの理由により給付することを取り止めた場合に被保険者へ通知することとなり、支給金額を算出しない状況も考えられることから、不支給額の印字については、標準オプションとする。
14	不支給決定日	和暦表記	●			●	
15	不支給理由		●			●	
16	内訳 申請年月日			●		●	不支給決定を通知する際に詳細の内訳までを記載する必要はないことから、内訳の情報については、標準オプションとする。
17	申請者（世帯主）氏名			●		●	申請者は基本、世帯主であることから、（世帯主）を追加する。
18	給付対象者氏名	※医療機関に対する支給決定通知である場合、該当の世帯の被保険者番号を併せて表示できること		●		●	
19	支給額			●		●	
20	支給済額			●		●	
21	実付額			●		●	
22	差引支払額			●		●	
23	療養費種別名称			●		●	
24	診療年月	和暦表記		●		●	
25	給付種別			●		●	
26	通知文（下段）		●			●	
27	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
28	問い合わせ先 住所		●			●	
29	問い合わせ先 課名		●			●	
30	問い合わせ先 電話番号		●			●	
31	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

発行日 年 月 日

省令第5条第114号関係

適合基準日：令和8年4月1日

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

負傷原因の照会について

あなた（または、ご家族）が下記の医療機関で受診された傷病について、負傷の原因をお尋ね致します。負傷の原因が交通事故等の第三者行為による場合には届出が必要となります。適正な保険給付をするため、ご協力をお願い致します。

お手数をお掛けしますが、回答期限までに、下記回答欄にご記入の上、同封の返信封筒にてご返送くださいますようお願い致します。

記

- ・被保険者記号・番号
- ・被保険者氏名
- ・診療年月
- ・医療機関等名

回答期限 年 月 日

回 答 欄

- 負傷日時 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時頃
- 負傷場所（事故発生場所） []
- 負傷時の状況 該当するア～エに○を付けてください。
ア 通勤途中 イ 勤務中 ウ 自分の用事 エ その他
- 負傷の原因 該当するア～エに○を付け、括弧[]内の該当する項目にも○を付けてください。
ア 交通事故での負傷 [自分の運転 ・ 同乗中 ・ 歩行中] で
[相手がわかっている ・ 相手不明 ・ 単独事故]
イ 犬猫等動物による負傷 飼い主が [あなた ・ 他人 ・ 不明]
ウ 喧嘩等による負傷 相手が [同居の家族 ・ 他人 ・ 不明]
エ その他の原因による負傷 []
- 負傷されたときの状況を詳しくご記入ください。

（記載例：横断歩道を歩行中、乗用車に接触され転倒し、頭部、腕および腰を強打した。）

上記のとおり回答いたします。

記入日 年 月 日

氏名

電話番号（自宅・携帯）

住 所 〒

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000

〇〇市〇〇町1丁目2番3号

国保課

電話 000-000-0000

表紙	給付	帳票名称	16 負傷原因照会書
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	発行日	和暦表記	●			●	
5	役職名		●			●	
6	首長名		●			●	
7	公印		●			●	
8	被保険者記号・番号	(引抜用番号) 被保険者記号は空欄で出力することも可能なこと	●			●	市区町村によっては被保険者記号を設定しない場合もあることから、空欄で出力することも可能とする。
9	被保険者氏名		●			●	
10	診療年月	和暦表記	●			●	
11	医療機関名等		●			●	医療機関以外の出力も想定されることから、帳票サンプル内の項目見出しのみ「医療機関」から「医療機関等」とする。
12	回答期限		●			●	
13	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
14	問い合わせ先 住所		●			●	
15	問い合わせ先 課名		●			●	
16	問い合わせ先 電話番号		●			●	
17	発行日通し番号	発行日での通し番号を印字する場合、(例) 20220101-001	●	●		●	
18	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

通知書番号

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

国民健康保険給付費の返還について（通知）

下記の被保険者が受けた保険診療について、被保険者からの申し出により損害賠償請求権を代位取得したため、保険給付費の返還請求を致します。

記

- 被保険者記号・番号
- 被保険者氏名
- 事故（事件）発生日時
- 求償率
- 請求金額（内納付済額 今回請求額 ）

保険給付の明細

頁

番号	給付種別	診療年月	医療機関等名	入外	医療費	請求金額

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000

表紙	給付	帳票名称	17 第三者行為返還通知書
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	発行日	和暦表記 (引抜用番号)	●			●	
5	通知書番号		●			●	
6	役職名		●			●	
7	首長名		●			●	
8	公印		●			●	
9	通知文（上段）		●			●	
10	被保険者記号・番号	被保険者記号は空欄で出力することも可能なこと	●			●	市区町村によっては被保険者記号を設定しない場合もあることから、空欄で出力することもある。
11	被保険者氏名		●			●	
12	事故（事件）発生日時		●			●	
13	求償率	和暦表記	●			●	
14	請求金額		●			●	
15	内納付済額		●			●	
16	今回請求額	請求金額から内納付済額を差し引いた金額を表示	●			●	
17	保険給付の明細		●			●	
18	番号		●			●	
19	給付種別		●			●	
20	診療年月	和暦表記	●			●	医療機関以外の出力も想定されることから、帳票サンプル内の項目見出しのみ「医療機関」から「医療機関等」とする。
21	医療機関名等		●			●	
22	入外	打ち出し形式（例）入院 or 外来	●			●	
23	医療費		●			●	
24	請求金額		●			●	
25	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
26	問い合わせ先 住所		●			●	
27	問い合わせ先 課名		●			●	
28	問い合わせ先 電話番号		●			●	
	カスタマーバーコード		●			●	